



242/1674 - ¿SÓLO UNA NEUMONÍA? ¡OJO EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS!

I. Rivera Panizo^a, J. Bustamante Odriozola^b, A. Casal Calvo^c, A. Ruíz Urrutia^d, C. San José Fresco^e y M. Gómez González^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 42 años, natural de Bolivia residente en España desde hace 12 años, sin viajes al extranjero en el último año ni hábitos tóxicos. Destacan como AP: LES tratado con inmunosupresores, trombopenia grave secundaria, linfopenia, ANA y AntiRO positivos. Acude a consulta de AP por tos productiva de 2 semanas de evolución y febrícula, realizándose Rx tórax con condensación en LSD compatible con neumonía; Comenzamos tratamiento con levofloxacino con mejoría parcial y se sacan hemocultivos sin aislarse microorganismos. Reacude a la semana por presentar dolor costal pleurítico, leve disnea y mialgias, motivo por el que se decide derivar a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂: 98%, TA: 139/77, FC: 80, FR: 22, T^a: 36,7 °C. BEG, NC, NH, NP. Eupneica. No adenopatías palpables. ACP: rítmica sin soplos con MVC y crepitantes apicales derechos. Abdomen anodino. No edemas en extremidades ni signos de TVP. Hemograma: leucocitos $8,7 \times 10^3/\mu\text{L}$, segmentados $7,70 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $411 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 9,7 g/dL. Bioquímica: proteína C reactiva 11,7 mg/dL. Resto de valores de bioquímica y hemograma normales. Radiografía de tórax: condensación en LSD sin objetivarse derrame pleural. Mantoux: negativo. Esputo Ziehl-Neelsen positivo. Cultivo: Se aísla Mycobacterium tuberculosis complex.

Juicio clínico: Tuberculosis pulmonar con Mantoux falsamente negativo.

Diagnóstico diferencial: NAC. Neoplasia pulmonar. Sarcoidosis.

Comentario final: La tuberculosis tiene varios métodos diagnósticos, uno de ellos es el Mantoux, pero se pueden obtener falsos negativos en personas con alteraciones del sistema inmunitario, especialmente VIH+ y aquellas con terapias inmunosupresoras. La radiografía de tórax, disponible en atención primaria, proporciona la principal sospecha diagnóstica. En nuestro caso, la primera sospecha diagnóstica fue una neumonía, pero siempre se ha de descartar una tuberculosis ante condensaciones del lóbulo superior sobre todo en pacientes con VIH, drogadictos o con tratamientos

inmunosupresores como era nuestro caso. La tuberculosis es una enfermedad de transmisión predominantemente aérea, poco contagiosa comparada con otras enfermedades infecciosas, y se requiere un contacto cercano y sostenido, por tanto requiere aislamiento aéreo durante 15 días y declarar el caso para estudiar los contactos cercanos.

Bibliografía

1. Mata M, Pallarés J. Infecciones frecuentes en Atención Primaria. En: Martín-Zurro A, Cano JF. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica, 3ª ed. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.; 1994. p. 977-103.

Palabras clave: Inmunosupresores. LES. Tuberculosis. NAC.